NOTICE

SUR

LES TRAVAUX

DU

Docteur Maurice VALLAS

CHIRURGIEN-MAJOR DÉSIGNÉ DE L'HÔTEL-DIEU DE LYON



LYON

ANCIENNE IMPRIMERIE A. WALTENER ET Cie

Paul LEGENDRE et Cie, Successeurs

14, rue Bellecordière, 14.

1895

I. — TITRES ET NOMINATIONS

Externe des hôpitaux, 1880-1882

Interne des hôpitaux, 1882-1886

Lauréat de la Faculté de Médecine. — Prix de fin d'année. Médaille d'argent, 1880

Aide d'anatomie, 1884-1886

Prosecteur, 1886-1888

Chef de clinique chirurgicale, 1888-1890

Chirurgien-Major désigné de l'Hôtel-Dieu, 1891

II. — ANATOMIE

Note sur une anomalie musculaire au pli du coude. *Province médicale*, 26 novembre 1887.

Biceps à 4 chefs. Le chef le plus inférieur présentait une double particularité ;

1° Il allait se jeter non pas sur le corps même du biceps, mais sur la face profonde de l'expansion aponévrotique (muscle brachio-aponévrotique). Il constituait ainsi une variété d'anomalie assez rare qui a été vue une seule fois par M le professeur Testut.

2° Ce chef, en outre, s'insinuait, dans son trajet, entre le tendon du biceps et le paquet vasculo-nerveux. Celui-ci se trouvait reporté un bon centimètre en dedans du tendon bicipital, d'où erreur possible dans la ligature de l'humérale au pli du coude.

III. — PATHOLOGIE ET CLINIQUE CHIRURGICALES

A. — Peau. Tissu cellulaire.

Ulcérations tuberculeuses de la peau. Thèse de Lyon 1887. Médaille de bronze.

La tuberculose cutanée, peu connue des anciens observateurs et rattachée jadis à la scrofule, a conquis sa place dans le cadre nosologique, grâce aux récentes découvertes de l'anatomie pathologique et de la médecine expérimentale. Elle comprend aujourd'hui quatre formes :

Les ulcérations tuberculeuses proprement dites.

Les gommes tuberculeuses (scrofulodermie).

Le lupus.

La tuberculose verruqueuse de Riehl, dans laquelle il convient de ranger un certain nombre, sinon la totalité, des tubercules anatomiques.

L'ulcération tuberculeuse est la forme la plus rare. La première observation positive date de 1872 et est due à Paul Coyne. L'étude que nous en avons faite et qui tient compte de toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, est basée sur un total de 33 cas seulement. Il n'est donc pas étonnant que, jusqu'à cette époque, elle soit simplement signalée en quelques lignes rapides, même dans les ouvrages spéciaux de dermatologie. Depuis lors, M. A. Broca lui a consacré un long chapitre dans le *Traité de chirurgie* en utilisant les documents que nous avions réunis.

Symptômes. — Marche. — L'ulcération tuberculeuse débute soit spontanément, soit à la suite d'un léger traumatisme qui

entame l'épiderme. Une fois constitué l'ulcère tuberculeux présente les caractères suivants: ulcère atone, siégeant de préférence au pourtour des orifices naturels, à base non indurée, avec un fond mamelonné, crible de petites granulations jaunâtres, et des bords non décollés, taillés à pic.

La douleur est vive et entraîne à sa suite un certain nombre de troubles fonctionnels en rapport avec le siège de l'ulcère : gêne de la parole, de la mastication, de la défécation.

Les ganglions lymphatiques sont rarement envahis.

Mais ce qui domine l'histoire des ulcères tuberculeux, c'est l'état général du sujet, qui est toujours mauvais. Le malade est toujours cachectique, de par une lésion tuberculeuse viscérale (tuberculose pulmonaire dans la presque totalité des cas), au moment où apparaît la lésion du tégument externe.

Marche continue et progressive.

Anatomie pathologique. — Les lésions siègent dans le derme. Elles ne diffèrent pas de celles qu'on observe habituellement dans le tissu conjonctif envahi par la bacille de Koch.

L'examen des cas observés nous a permis de distinguer deux formes :

1° Une forme granulo-caséeuse, à nodules embryonnaires avec nappes d'inflammation spécifique internodulaires ; forme rapidement destructive et envahissante.

2° Une forme folliculaire, avec follicules tuberculeux nettement constitués. Elle est caractérisée par un mouvement de défense plus accentué dans le derme, et sert ainsi de transition entre la lésion précédente, à marche rapide, et les formations réticulées du lupus, décrites par Colomiatti, à évolution lente.

Les baciles, très rares dans les produits de sécrétion et à la surface même de l'ulcère, se rencontrent, au contraire, en abondance à la périphérie de la lésion, dans les espaces interfasciculaires du derme.

Les innoculations en série, pratiquées sur des cobayes et des lapins au laboratoire et sous la direction de M. le Professeur Arloing, nous ont fourni la preuve absolue, qui n'avait

pas été faite jusque là, qu'il s'agissait bien réellement d'une tuberculose légitime, quoique peu virulente.

Etiologie. — Pathogénie. — Deux conditions étiologiques sont importantes à noter : le siège, l'état général du sujet.

Le siège est presque invariablement le pourtour d'un orifice naturel, comme le montre le tableau suivant :

Région anale	13	
Lèvre	11	lèvre inférieure 6; — supérieure 4
Membre supérieur	5	
Face	2	
Vulve	2	
Verge	1	
Membre inférieur	1	

L'observation des malades montre, en outre, que cet ulcère n'est jamais la manifestation primitive de l'infection tuberculeuse. Quand il apparaît, le sujet est déjà tuberculeux et même, le plus souvent, cachectique. Ce caractère, extrêmement important, sert à le distinguer des autres formes de tuberculose cutanée.

Deux hypothèses sont en présence pour expliquer le mécanisme intime de l'infection tuberculeuse de la peau.

1° L'agent infectieux est apporté par le sang au contact des éléments anatomiques.

2° L'infection se fait par auto-inoculation directe.

Nous nous sommes déclaré partisan de cette seconde hypothèse qui explique mieux que la première les allures cliniques de la maladie et, notamment, sa localisation élective au voisinage des orifices naturels et aux parties découvertes telles que la main, les doigts, plus facilement en rapport avec les sécrétions contagieuses, crachats, matières fécales, etc.

On doit, en outre, se demander pourquoi la lésion revêt, dans ces cas, la forme ulcéreuse qui lui est spéciale, alors que, dans les autres faits connus d'inoculation tuberculeuse de la peau, on voit se développer soit un lupus, soit une tuberculose verruqueuse ou un tubercule anatomique. L'état général grave du sujet rend compte de cette particularité. Les tissus

sont dans un état de déchéance tel qu'ils n'opposent aucune résistance au microbe et se désagrègent rapidement devant lui au lieu d'édifier, sur son pourtour, des productions scléreuses capables de l'étouffer ou, au moins, de retarder sa marche, comme on le voit dans le lupus par exemple. Cette manière d'envisager la succession des phénomènes, quoique hypothétique, a du moins l'avantage d'être en concordance parfaite avec les données de l'anatomie pathologique et de la médecine expérimentale. C'est pour cette raison que nous avons cru devoir traiter à fond dans notre étude la question de l'inoculation tuberculeuse de la peau.

Diagnostic. — Pronostic. — Traitement. — Le diagnostic sera fait avec les autres lésions tuberculeuses de la peau, avec les lésions syphilitiques, le chancre mou, le cancroïde, les ulcères produits par l'arsenic et le chrome.

Pronostic grave, car il annonce la terminaison fatale.

Quant au traitement, il se bornera à être palliatif. Le seul cas d'extirpation connu, dû à M. le Professeur Poncet, a été suivi d'une rapide récidive.

2° **Ulcérations des doigts par le bichromate de potasse.** *Soc. des Sciences médicales de Lyon*, 16 avril 1890.

Les ouvriers qui manipulent ce sel, comme ceux qui manipulent l'arsenic, sont exposés à des ulcérations de la peau et à des perforations de la cloison des fosses nasales, par action locale des poussières irritantes. Le malade qui a fait l'objet de cette communication était un bel exemple de ce genre de lésion.

3° **De la greffe cutanée par approche, suivant la méthode italienne modifiée.** *Province médicale*, 10 mars 1888.

Ce procédé de greffe, que M. le Professeur Berger a, le premier, décrit et appliqué en 1880, est le seul qui permette de recouvrir rapidement de vastes pertes de substances du

tégument externe, sans s'exposer à la gangrène du transplant. Les conditions nouvelles de circulation, d'innervation et de sécrétion ont été étudiées avec soin, dans son service, par M. le professeur Poncet, qui a adopté cette méthode dès son apparition.

B. — Os et Articulations.

1° **Tumeurs du calcanéum** *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* 18 mai 1888.

Dans ce travail sont rappelés les exemples de tumeurs connus jusqu'à ce jour. Ce chapitre de pathologie chirurgicale est, en outre, complété à l'aide d'observations nouvelles empruntées aux services de MM. les Professeurs Ollier et Poncet.

Les tumeurs du calcanéum sont primitives ou secondaires. — Tumeurs primitives. 1° *Fibromes* (cas de Velpeau, de Huguier).

2° *Exostoses ostéogéniques*, au niveau de l'épiphyse marginale postérieure de cet os. Souvent bilatérales (Ollier).

3° *Ostéomes* (Cas de Gross).

4° *Ostéosarcomes.* — Groupe important dont il existe 5 cas: 4 rapportés dans la thèse de M. Schwartz, et un postérieur à cette monographie et qui appartient à MM. Périer et Girode.

5° *Cancer.* — Observation inédite et jusqu'ici unique, prise dans le service de M. Poncet. Il s'agissait d'un chondrome malin constitué par du cartilage hyalin normal à cellules petites, nombreuses, disposées en groupes isogéniques arrondis.

Cette observation a même une portée plus générale. Avec une observation de M. Désir de Fortunet (*Rev. de chir.*, 1886), elle établit la réalité anatomo-pathologique du cancer du cartilage admis par M. Bard dans sa classification des tumeurs.

Tumeurs secondaires. — Ce sont des cancers épithéliaux. Ils peuvent envahir le calcanéum par plusieurs mécanismes, dont il est possible de donner des exemples authentiques

1° *Cancer métastatique* (Cas de Houel).

2° *Epithélioma développé sur la peau du talon. Epithélioma térébrant intra-calcanéen.* — Observation due à M. Poncet, et qui est à rapprocher de l'épithélioma térébrant du maxillaire.

3° *Dégénérescence épithéliale d'un foyer fistuleux d'ostéite chronique.* — Observation de M. Ollier.

Ces dégénérescences épithéliales intra-calcanéennes sont caractérisées par une odeur particulièrement infecte et repoussante.

2° **De l'Immobilisation des articulations.** — *Province médicale,* 19 juillet 1890.

Effets de l'immobilisation prolongée sur la constitution anatomique des articulations, d'après les expériences de Reyher (de Dorpat) et de Gross (de Philadelphie). Indications comparées de l'immobilisation et du massage dans les lésions articulaires.

3° **La Résection du genou** en 1890 *Province médicale,* 13 septembre 1890.

Exposé de la technique opératoire du prof. Ollier. Traitement post-opératoire et guérison sous un seul pansement. Contre indication de la résection totale chez les enfants.

4° **De la Résection tibio-tarsienne par ablation préalable de l'astragale dans les ostéo-arthrites du cou-de-pied et du traitement post-opératoire.** *Rev. de Chirurgie,* 1890.

L'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied est justiciable d'une opération conservatrice, à moins de conditions spéciales commandant l'amputation : âge avancé du malade, tuberculose viscérale. En pareil cas, l'opération de choix est l'ablation de l'astragale.

Il résulte, en effet, de l'examen anatomo-pathologique de 65 cas observés à la clinique du Prof. Ollier que l'astragale est

très souvent atteint soit primitivement, soit secondairement, de lésions tuberculeuses dans l'ostéo-arthrite du cou-de-pied. De plus, les lésions sont fréquemment multiples : plusieurs os, plusieurs articulations peuvent être envahis simultanément. C'est ainsi que l'articulation péronéo-tibiale inférieure, la sous-astragalienne sont souvent malades en même temps que la tibio-tarsienne. Il faut donc enlever l'astragale, cet os fût-il absolument sain, parce que c'est le seul moyen de voir exactement ce qui se passe, de fouiller les sinus du tarse postérieur, de faire la toilette minutieuse de la région, en un mot, de faire une opération complète et de se mettre ainsi à l'abri de la récidive. La guérison définitive, persistante, est à ce prix, ainsi qu'en font foi plusieurs observations.

On doit d'autant moins hésiter à faire ce sacrifice qu'il est possible d'obtenir, après cette opération, un résultat excellent, presque parfait, au double point de vue orthopédique et fonctionnel. Pour cela, un traitement post-opératoire attentif est nécessaire. Il est destiné à combattre les déformations qui tendent à se produire et à assurer la mobilité et la solidité de la néarthose.

Les déformations qui se produisent fatalement si on abandonne à lui-même un pied privé de son astragale, sont : l'*équinisme*, le *varus*, la *chute du gros orteil*. Le mécanisme de ces déformations est le suivant :

L'équinisme est dû à l'action de la pesanteur sur un pied privé du secours des ligaments astragaliens antérieurs, et à l'action du triceps sural.

Le varus se produit par l'enroulement du pied sur son bord interne, l'astragale occupant sur le bord interne une place plus considérable que sur le bord externe. L'action prépondérante des muscles plantaires, fléchisseurs et adducteurs, s'ajoute à ce mécanisme.

La chute du gros orteil s'explique par une synovite plastique développée dans la gaine du fléchisseur propre du gros orteil et de la rétraction consécutive de ce tendon. Les rapports intimes de cette gaine avec le bord postérieur de l'astragale rendent suffisamment compte de l'apparition presque fatale de cette synovite.

Ces déformations seront prévenues ou combattues :

1° Par des pansements fréquents permettant la surveillance de la nouvelle articulation.

2° Par le port longtemps prolongé d'une attelle plâtrée, bien adaptée à la forme du pied et renouvelée toutes les fois que le besoin se fait sentir d'agir contre telle ou telle déformation.

En outre, il faudra s'occuper de mobiliser de bonne heure l'articulation, si l'on ne veut pas se laisser gagner par l'ankylose, et faire contracter l'appareil musculaire par les bains, le massage et l'électrisation.

C'est grâce à ce traitement, employé avec méthode et persévérance, que l'on peut conserver au malade un pied dont la forme est très peu altérée et qui est capable de récupérer son intégrité fonctionnelle.

5° **Du Traitement de l'ankylose osseuse de la mâchoire par la résection du condyle.** *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, février, 1892, et thèse de Capony, Lyon, 1892.

Outre le rhumatisme et les arthrites infectieuses d'origine diverse, l'ankylose de la mâchoire reconnaît souvent pour cause l'arthrite traumatique. Cette arthrite ankylosante, curieuse dans son évolution, débute sournoisement à la suite d'un coup ayant porté, pendant le jeune âge, sur le maxillaire inférieur, même en un point éloigné de l'arthrite, sur le menton, par exemple. A partir de ce moment, elle suit une marche continue et progressive et arrive, en quelques mois, à l'ankylose complète. Dans ce cas, elle est souvent bilatérale.

L'anatomie pathologique montre qu'il s'agit alors d'une ankylose osseuse avec production exubérante de jetées, de stalactites osseuses, amenant une déformation complète des surfaces articulaires. On trouve l'explication de cette évolution dans la présence d'une couche périostique avec cellules ostéogéniques nombreuses, qui recouvre, normalement, dans cette articulation, le cartilage des surfaces condylienne et glénoïdienne, ainsi que le ménisque.

Quelle que soit la cause de l'ankylose, il faut opposer à

cette lésion la résection du condyle. Cette résection sera faite *extra-périostée*, pour éviter les reproductions osseuses que la constitution anatomique ci-dessus mentionnée doit faire redouter. Le meilleur procédé opératoire est celui d'Ollier (incision en T au niveau de l'arcade zygomatique, recherche et isolement préalables de la branche supérieure du facial).

Deux observations personnelles permettent d'affirmer l'excellence du résultat obtenu par cette méthode. Un des malades, atteint d'une ankylose double, a été revu un an aprés : le résultat s'était maintenu complet.

6° Arthrodèse de l'articulation acromio-claviculaire pour luxation de la clavicule en haut. *Soc. des Sc. médic de Lyon*, 4 juillet 1894.

La contention de cette luxation étant impossible, l'indication de l'arthrodése était formelle. Cette opération a été faite plusieurs fois, mais avec résection de l'extrémité luxée. Ce cas démontre qu'on peut avoir un bon résultat, sans résection osseuse, par la seule suture.

7° Désarticulation du genou avec conservation et suture du sac synovial — Autopsie d'une pièce. *Sc. méd.*

La supériorité de la désarticulation du genou sur l'amputation de cuisse au tiers inférieur n'est plus contestée aujourd'hui. On peut améliorer encore les résultats fonctionnels de la premiére en conservant avec soin la synoviale et la suturant au dessous des condyles, de maniére à envelopper ceux-ci d'une bourse séreuse, qui assure le glissement facile des parties molles du moignon sur les surfaces osseuses. Toutes chances d'adhérences vicieuses, d'ulcérations et de conicité sont ainsi sûrement évitées.

L'autopsie d'une malade, opérée d'aprés cette méthode et morte six mois aprés, d'une affection intercurrente, a permis de vérifier la réalité de ces prévisions.

8° **Prothèse immédiate après la résection du maxillaire inférieur.** *Prov. médic.*, 18 novembre 1893. En collaboration avec M. le Dr Martin.

Quand la résection a été faite suivant le procédé classique et que l'appareil prothétique est mis en place immédiatement, on constate que la ligne des sutures des parties molles est justement placée au-dessus du bord inférieur de l'appareil. De cette pression résulte une difficulté dans la réunion qui se traduit souvent par la production de fistules en un ou plusieurs points. De cette remarque, faite par M. Martin, naissait l'indication de reporter plus bas, dans la région sus-hyoïdienne, la branche horizontale de l'incision des parties molles.

Ce procédé fut appliqué sur une malade atteinte d'un ostéosarcome de la mâchoire inférieure. La pièce prothétique, mise en place aussitôt après la résection, mesurait 9 centim. de long sur 3 de haut. La réunion se fit par première intention et, au bout de 15 jours, la malade quittait l'hôpital sans déformation apparente.

9° **Greffe osseuse fragmentaire.** *Prov. méd.*, 28 avril 1894.

Appréciation du rôle de la greffe osseuse en thérapeutique chirurgicale, à propos d'un cas personnel où la greffe fragmentaire autoplastique fut employée dans le traitement d'une pseudarthrose de la jambe, concurremment avec l'avivement, la mise en place des fragments et la suture périostique.

Pour combler une perte de substance du squelette, la greffe peut servir d'adjuvant utile au processus physiologique de l'ossification; elle ne saurait être le facteur principal, à plus forte raison l'agent unique de la réparation.

10° **Fracture transversale de la rotule. Suture osseuse. Présentation de la pièce.** *Société anatomique*, février 1895.

Cette pièce, recueillie six mois après l'intervention, est un bel exemple de restitution *ad integrum* obtenue par le cerclage de

la rotule et la suture du surtout ligamenteux. La rotule fracturée avait absolument les mêmes dimensions verticales que la rotule saine, et le trait de fracture avait disparu sans cal intermédiaire. C'était une véritable réunion de l'os par première intention.

C. — Chirurgie Viscérale.

1° **Otite moyenne, suppurée chronique. Abcès intra mastoïdien. Trépanation. Guérison.** *Prov. médic.*, 7 novembre 1889.

Ainsi que l'avaient montré les recherches récentes de MM. Duplay et Ricard, le pus a été découvert dans la quadrant antérieur et supérieur de l'apophyse mastoïde.

2° **Abcès du cerveau tardif d'origine traumatique.** *Soc. Sc. médic.*, 8 novembre 1893.

Fracture de la voûte orbitaire avec plaie. Pas de symptômes cérébraux immédiats. Les signes de suppuration cérébrale se montrèrent trois semaines après la traumatisme, la plaie cutanée étant depuis longtemps cicatrisée.

3° **Végétations adénoïdes du pharynx nasal.** *Prov. médic.*, 17 et 20 juillet 1889.

Etude complète de cette affection d'après les travaux les plus récents.

4° **De l'intervention chirurgicale dans les kystes hydatique du foie.** *Prov. médic.*, 26 février 1887.

Revue générale des indications et des procédés opératoires.

5° **Kyste hydatique du foie. Suture de la poche à la paroi abdominale. Expulsion spontanée de la poche.** *Prov. médic.*, 8 avril 1893.

Observation personnelle intéressante au double point de vue de la constitution de la poche qui était calcifiée au point de ressembler à un morceau de cartilage, et de l'énucléation spontanée de cette poche quinze jours après l'opération.

6° **Déchirure du foie.** *Prov. médic.*, 17 novembre 1894.

Déchirure transversale par cause directe (chute sur le côté droit). Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, c'est l'énormité de la blessure qui mesurait 17 centimètres de longueur sur 7 de profondeur.

7° **Cure radicale des hernies.** *Prov. médic.*, 27 novembre 1887.

Revue générale.

8° **Appendicite à répétition.** *Soc. Sc. médic.*, 24 février 1894.

Enfant de 15 ans, ayant subi déjà plusieurs atteintes. Opération à froid. Résection d'un appendice long de 15 centimètres. Constatation de la loge occupée par le corps étranger au moment de l'excision.

9° **Les lavages vésicaux.** *Prov. médic.*, 24 novembre 1888.

Revue générale.

10° **De la rétention placentaire.** *Prov. méd.*, 29 janvier 1887.

Ce travail de revue critique, paru au moment où, grâce à l'antisepsie, les interventions actives (curetage, écouvillon-

nage) se multipliaient, a pour but de montrer les bons résultats que fournit l'expectation unie, elle aussi, aux précautions antiseptiques les plus minutieuses. Les conclusions proposées, appuyées sur l'autorité de MM. Tarnier et Budin, sont les suivantes :

I. Dans l'accouchement :

a.) En cas d'hémorrhagie, extraction manuelle.
b.) Hors le cas d'hémorrhagie, expectation et antisepsie.

II. Dans l'avortement :

a.) Dans les cas simples, antisepsie.
b.) En cas d'hémorrhagie, tamponnement.
c.) En cas d'infection, antisepsie vaginale et utérine.

11° **Curetage de l'utérus.** *Prov. méd.*, 15 mars 1890.

Revue générale.

12° **Inflammation péri-utérine et adéno-phlegmon juxta pubien.** *Prov. méd.*, 15 octobre 1887.

Travail destiné surtout à montrer la réalité du phlegmon du ligament large.

13° **Traitement des suppurations pelviennes chez la femme.** Lyon 1891.

Ce travail a eu pour but de rappeler l'attention des chirurgiens sur la méthode de l'incision vaginale des collections purulentes péri-utérines, méthode préconisée par M le Professeur Laroyenne. La laparotomie et l'hystérectomie vaginale sont de plus en plus en faveur auprès des gynécologistes, et tendent à devenir les procédés exclusifs de traitement, ainsi que cela résulte des derniers ouvrages parus et des dernières discussions. A notre avis, les indications doivent être serrées de plus près.

L'hystérectomie vaginale convient bien aux cas graves : bilatéralité des lésions, poches purulentes multiples, adhérences

étendues et inextricables. On ne saurait songer à en faire une méthode générale en raison de sa mortalité opératoire et de la stérilité qu'elle entraîne fatalement comme conséquence.

La laparotomie a pour elle de procurer, dans la majorité des cas, une guérison définitive, durable. Mais il faut, pour cela qu'on puisse faire l'extirpation complète des lésions. Or, il est, le plus souvent, impossible de savoir d'avance si l'on pourra mener à bien et jusqu'au bout l'intervention. De plus elle a une mortalité appréciable (10 °/₀ au minimum, d'après les stastistiques que nous avons réunies), mortalité occasionnée par les accidents opératoires : hémorrhagie, rupture de poches purulentes dans le péritoine.

L'incision vaginale présente les avantages suivants :

1° Elle est absolument innocente au point de vue vital (statistiques de Laroyenne et de ses élèves : E. Blanc, Gouilloud.

2° Elle procure la guérison complète dans une proportion qui peut être évaluée à 60 °/₀ environ. Pour les autres cas, elle laisse les choses en l'état, sans aggraver la situation. Une intervention plus radicale n'est jamais compromise par cette première tentative.

3° La fécondation ultérieure est possible et l'on a vu des femmes devenir enceintes après une incision bilatérale de collections pelviennes.

Pour toutes ces raisons, l'incision vaginale doit garder une place importante dans le traitement des collections purulentes péri-utérines.

D. — Généralités. — Anesthésie.

1° Parasitisme et néoplasmes. — *Prov. médic.*, 2 avril 1887.

Revue générale.

2 Trois observations de kystes congénitaux. — 28 mai 1887.

a). Kyste de la fontanelle antérieure.
b). Kyste de la région mastoïdienne.
c). Kyste congénital de la fesse.

3° **Hystérie chez l'homme. Rapports de l'hystérie et du traumatisme.** — 18 décembre 1886.

Revue générale.

4° **Nature infectieuse du tétanos.** — 5 janvier 1889

Revue générale.

5° **Du Myxœdème.** — 9 février 1883.

Etude complète, d'après le Rapport du Comité de la Société clinique de Londres (Clinical Society's transactions, Supplement to vol. XXI).

6° **Théories de la syphilis héréditaire.** — 27 août 1887.

Travail critique adressé à M. Diday, au sujet de sa théorie sur ce sujet.

7° **Manifestations rénales de la syphilis.** — 5 février 1888.

Revue générale.

8° **De l'anesthésie par l'éther et de ses résultats dans la pratique des chirurgiens lyonnais.** — *Revue de Chirurgie.* — 1893.

Un cas de mort pendant l'éthérisation. *Soc. des Sc. médic. de Lyon.* — 11 avril 1894.

Discussion sur l'éther et le chloroforme. *Soc. des Sc. medicales.* — avril-juin 1894.

Depuis le début de l'anesthésie, les chirurgiens lyonnais sont restés fidèles à l'éther. La raison en est qu'ils ont acquis, dans

cette pratique constante d'un demi-siécle, la conviction absolue que l'éther est moins dangereux que le chloroforme. Il semble, d'ailleurs, que cette opinion tende, à se généraliser, à voir le revirement en faveur de cet agent qui se produit dans les divers centres chirurgicaux français et étrangers.

Tout d'abord, il faut établir que l'éther amène sûrement l'anesthésie, car on lui a reproché de manquer parfois son but. Administré convenablement, il ne compte pas plus d'insuccès que le chloroforme; il vient à bout de toutes les résistances et on peut lui demander, tout comme à son rival, la résolution musculaire la plus complète. Il faut savoir seulement qu'il est moins énergique, et veut être manié plus copieument.

Sans parler des accidents légers de l'éthérisation, dont quelques-uns, tel que l'embrasement des vapeurs, ont été notablement exagérés, le point important est de savoir qu'elle est la proportion des cas mortels.

Pour juger cette question, si longtemps controversée, du parallèle entre l'éther et le chloroforme, deux méthodes sont acceptables : celle des statistiques et celle des expériences physiologiques contrôlées par les observations cliniques.

Les statistiques ne peuvent avoir de valeur que si elles portent sur un trés-grand nombre de cas. Les séries les plus malheureuses ne donnant qu'une proportion de 1 mort sur 2 ou 3.000 anesthésiés, des statistiques partielles portant seulement sur quelques centaines de cas ne sauraient rien prouver. Cette cause d'erreur disparaît avec les grands chiffres. Or, en pareil cas, l'avantage est toujours à l'éther. C'est ce qui ressort de l'étude des grandes statistiques anglaise (St Bartholomew's hospital), allemande (Gurt) et lyonnaise (Vallas).

La physiologie et la clinique fournissent aussi un puissant argument en faveur de l'éther. La syncope cardiaque laryngoréflexe, cet accident formidable du début de la chloroformisation, est inconnue avec l'éther. La syncope secondaire est aussi, de l'avis même de Dastre, bien moins à redouter avec l'éther qu'avec le chloroforme.

Quant à la syncope tertiaire, ou par intoxication, laquelle se produit quand on a dépassé la période chirurgicale pour

entrer dans la phase d'empoisonnement, il résulte clairement des expériences de P. Bert sur les mélanges très d'air et de vapeurs anesthésiques, qu'elle est plus facile à éviter avec l'éther. D'après ces recherches, en effet, la zone maniable du chloroforme est comprise entre 9 et 19 pour 100, tandis que celle de l'éther est comprise entre 37 et 74 pour 100. D'un côté, on a, pour évoluer, un écart de 10; de l'autre, un écart de 37. Ces chiffres sont assez éloquents dans leur brutalité pour se passer de commentaires.

En somme, l'éther est moins dangereux que le chloroforme parce qu'il ne touche que tardivement le cœur, et que l'accident typique de l'éthérisation, c'est la syncope respiratoire contre laquelle on dispose de moyens souverains: la respi ration artificielle et la trachéotomie (Poncet).

53 611. — Imp A Waltener — P Legendre et Cie, Succrs — Lyon